

**Empfehlungen des Gemeinsamen Bundesausschusses nach
§ 91 Absatz 4 SGB V gemäß § 137 f Absatz 2 SGB V**

**„Anforderungen“ an die Ausgestaltung
von strukturierten Behandlungsprogrammen
für Patienten mit
chronischen obstruktiven Atemwegserkrankungen**

Teil II: COPD

Gliederung

1	Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)	4
1.1	Definition der COPD	4
1.2	Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD	4
1.2.1	Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung	4
1.2.2	Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik	5
1.3	Therapieziele	6
1.4	Differenzierte Therapieplanung	7
1.5	Therapeutische Maßnahmen	7
1.5.1	Nicht-medikamentöse Maßnahmen	7
1.5.2	Langzeit-Sauerstoff-Therapie	9
1.5.3	Häusliche Beatmung	9
1.5.4	Rehabilitation	9
1.5.5	Operative Verfahren	10
1.5.6	Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung	10
1.5.7	Medikamentöse Maßnahmen	10
1.6	Kooperation der Versorgungssektoren	13
1.6.1	Koordinierender Arzt	13
1.6.2	Überweisung vom koordinierenden Arzt zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung	14
1.6.3	Einweisung in ein Krankenhaus	14
1.6.4	Veranlassung einer Rehabilitationsleistung	15
2	Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des fünften Buches Sozialgesetzbuch)	15
3	Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)	15

3.1	Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen	16
3.2	Spezielle Teilnahmevoraussetzungen	16
4	Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)	17
4.1	Schulungen der Leistungserbringer	17
4.2	Schulungen der Versicherten	17
5	Dokumentation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)	18
6	Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)	18

1 Behandlung nach dem aktuellen Stand der medizinischen Wissenschaft unter Berücksichtigung von evidenzbasierten Leitlinien oder nach der jeweils besten, verfügbaren Evidenz sowie unter Berücksichtigung des jeweiligen Versorgungssektors (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 1 SGB V)

1.1 Definition der COPD

Die COPD ist eine chronische, in der Regel progrediente Atemwegs- und Lungenerkrankung, die durch eine nach Gabe von Bronchodilatoren und/oder Glukokortikosteroiden nicht vollständig reversible Atemwegsobstruktion auf dem Boden einer chronischen Bronchitis mit oder ohne Lungenemphysem gekennzeichnet ist.

Eine chronische Bronchitis ist durch dauerhaften Husten, in der Regel mit Auswurf über mindestens ein Jahr gekennzeichnet. Eine chronische obstruktive Bronchitis ist zusätzlich durch eine permanente Atemwegsobstruktion mit oder ohne Lungenüberblähung gekennzeichnet. Das Lungenemphysem ist charakterisiert durch eine Abnahme der Gasaustauschfläche der Lunge. Ausmaß der Obstruktion, Lungenüberblähung und Gasaustauschstörung können unabhängig voneinander variieren.

1.2 Hinreichende Diagnostik zur Aufnahme in das strukturierte Behandlungsprogramm COPD

Die Diagnostik der COPD basiert auf einer für die Erkrankung typischen Anamnese, ggf. dem Vorliegen charakteristischer Symptome und dem Nachweis einer Atemwegsobstruktion mit fehlender oder geringer Reversibilität.

1.2.1 Anamnese, Symptomatik und körperliche Untersuchung

Anamnestisch sind insbesondere folgende Faktoren zu berücksichtigen:

- täglich Husten, meist mit täglichem Auswurf, mindestens über ein Jahr
- Atemnot bei körperlicher Belastung, bei schweren Formen auch in Ruhe

- langjähriges Inhalationsrauchen
- Berufsanamnese
- Infektanamnese
- Differentialdiagnostisch relevante Erkrankungen, insbesondere Asthma bronchiale und Herzerkrankungen.

Die körperliche Untersuchung zielt ab auf den Nachweis von Zeichen einer bronchialen Obstruktion, einer Lungenüberblähung und eines Cor pulmonale. Bei Patienten mit geringer Ausprägung der COPD kann der körperliche Untersuchungsbefund unauffällig sein. Bei schwerer COPD können Giemen und Brummen fehlen, in diesen Fällen ist das Atemgeräusch deutlich abgeschwächt.

Neben der COPD kann ein Asthma bronchiale bestehen. In solchen Fällen bestehen zusätzlich Zeichen der bronchialen Hyperreagibilität und eine größere Variabilität bzw. Reversibilität der Atemwegsobstruktion.

1.2.2 Lungenfunktionsanalytische Stufendiagnostik

Die Basisdiagnostik umfasst die Messung der Atemwegsobstruktion mit Nachweis einer fehlenden oder geringen Reversibilität. Die Lungenfunktionsdiagnostik dient somit der Sicherung der Diagnose, der differentialdiagnostischen Abgrenzung zu anderen obstruktiven Atemwegs- und Lungenkrankheiten sowie zur Verlaufs- und Therapiekontrolle.

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV₁ unter 80% des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich.

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70%

und

Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % **und/oder** um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Beta-2-

Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitäts-testung).

- Nachweis der Obstruktion bei FEV1/VC kleiner/gleich 70%

und

Zunahme der FEV1 um weniger als 15 % **und/oder** um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung).

- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patienten mit FEV1/VC größer 70% und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Teil I (Asthma bronchiale) und das DMP Teil II (COPD) ist nicht möglich.

Die Einschreibekriterien für strukturierte Behandlungsprogramme ergeben sich zusätzlich aus Ziffer 3. Der Arzt soll prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

1.3 Therapieziele

Die Therapie dient der Steigerung der Lebenserwartung sowie der Erhaltung und der Verbesserung der COPD-bezogenen Lebensqualität.

Dabei sind folgende Therapieziele in Abhängigkeit von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten anzustreben:

1. Vermeidung / Reduktion von:

- akuten und chronischen Krankheits-Beeinträchtigungen (z.B. Exazerbationen, Begleit- und Folgeerkrankungen)
- einer krankheitsbedingten Beeinträchtigung der körperlichen und sozialen Aktivität im Alltag

- einer raschen Progredienz der Erkrankung,

bei Anstreben der bestmöglichen Lungenfunktion unter Minimierung der unerwünschten Wirkungen der Therapie.

2. Reduktion der COPD-bedingten Letalität.

1.4 Differenzierte Therapieplanung

Gemeinsam mit dem Patienten ist eine differenzierte Therapieplanung auf der Basis einer individuellen Risikoabschätzung vorzunehmen. Dabei ist auch das Vorliegen von Mischformen (Asthma bronchiale und COPD) zu berücksichtigen.

Der Leistungserbringer hat zu prüfen, ob der Patient im Hinblick auf die in Ziffer 1.3 genannten Therapieziele von einer bestimmten Intervention profitieren kann. Die Durchführung der diagnostischen und therapeutischen Maßnahmen erfolgt in Abstimmung mit dem Patienten nach ausführlicher Aufklärung über Nutzen und Risiken.

Auf der Basis der individuellen Risikoabschätzung und der allgemeinen Therapieziele sind gemeinsam mit dem Patienten individuelle Therapieziele festzulegen. Für die individuelle Risikoabschätzung sind insbesondere die Lungenfunktion (FEV1) und das Körpergewicht prognostisch relevant.

1.5 Therapeutische Maßnahmen

1.5.1 Nicht-medikamentöse Maßnahmen

1.5.1.1 Allgemeine nicht-medikamentöse Maßnahmen

Der behandelnde Arzt soll den Patienten insbesondere hinweisen auf:

- COPD-Noxen bzw. -Verursacher (z.B. Aktiv- und Passivrauchen, ausgeprägte, auch berufsbedingte Staubbelastung) und deren Vermeidung
- Infektionsprophylaxe
- Arzneimittel (insbesondere Selbstmedikation), die zu einer Verschlechterung der COPD führen können
- eine adäquate Ernährung (hyperkalorisch) bei Untergewicht ^{1, 2, 3}.

1.5.1.2 Tabakentwöhnung

Inhalationsrauchen verschlechtert die Prognose einer COPD erheblich. Deswegen stehen Maßnahmen zur Raucherentwöhnung im Vordergrund der Therapie.

Im Rahmen der Therapie klärt der behandelnde Arzt den Patienten über die besonderen Risiken des Tabakrauchens für Patienten mit COPD auf, verbunden mit spezifischen Beratungsstrategien^{4,5,6,7} und der dringenden Empfehlung, das Rauchen aufzugeben:

- Der Raucherstatus sollte bei jedem Patienten bei jeder Konsultation erfragt werden.
- Raucher sollten in einer klaren, auffordernden und persönlichen Form dazu motiviert werden, mit dem Rauchen aufzuhören.
- Es sollte festgestellt werden, ob der Raucher zu dieser Zeit bereit ist, einen Ausstiegsversuch zu beginnen.
- Für ausstiegsbereite Raucher sollte professionelle Beratungshilfe (z.B. verhaltenstherapeutisch) zur Verfügung gestellt werden.
- Es sollten Folgekontakte vereinbart werden, möglichst in der ersten Woche nach dem Ausstiegsdatum.

1.5.1.3 Körperliches Training

Körperliches Training führt in der Regel zu einer Verringerung der COPD-Symptomatik, zur Besserung der Belastbarkeit und kann zur Verbesserung der Lebensqualität / Verringerung der Morbidität beitragen^{8,9,10}.

Daher soll der behandelnde Arzt regelmäßig darauf hinweisen, dass der Patient geeignete Maßnahmen des körperlichen Trainings ergreift. Ein regelmäßiges, mindestens einmal wöchentliches Training, soll empfohlen werden. Art und Umfang des körperlichen Trainings sollen sich an der Schwere der Erkrankung und der Verfügbarkeit der Angebote orientieren.

1.5.1.4 Strukturierte Schulungs- und Behandlungsprogramme

Jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Behandlungs- und Schulungsprogramm, erhalten. Im Übrigen gelten die unter Ziffer 4.2 genannten Zugangs- und Qualitätssicherungskriterien.

1.5.1.5 Allgemeine Krankengymnastik (Atemtherapie)

Allgemeine Krankengymnastik mit dem Schwerpunkt Atemtherapie ist ein ergänzender Teil der nicht-medikamentösen Behandlung der COPD ^{11,12,13,14,15,16}. In geeigneten Fällen (z.B. starke Schleimretention) kann daher der Arzt die Verordnung von Krankengymnastik-Atemtherapie/Physiotherapie unter Beachtung der Heilmittel-Richtlinien erwägen.

1.5.2 Langzeit-Sauerstoff-Therapie

Bei Nachweis einer schweren, chronischen Hypoxämie soll geprüft werden, ob eine Langzeit-Sauerstoff-Therapie indiziert ist.

1.5.3 Häusliche Beatmung

Bei Vorliegen einer chronischen Hyperkapnie kann eine intermittierende nicht-invasive häusliche Beatmung erwogen werden.

1.5.4 Rehabilitation

Definition und Ziele:

Die ambulante oder stationäre pneumologische Rehabilitation ist ein Prozess, bei dem COPD-Patienten mit Hilfe eines multidisziplinären Teams darin unterstützt werden, die individuell bestmögliche physische und psychische Gesundheit zu erlangen und aufrechtzuerhalten ^{17,18,19,20,10,21,22,23} sowie die Erwerbsfähigkeit zu erhalten oder wieder herzustellen und selbstbestimmt und gleichberechtigt am Leben in der Gesellschaft teilzuhaben. Eine Rehabilitationsleistung

soll Benachteiligungen durch die COPD und/oder ihre Begleit- und Folgeerkrankungen vermeiden helfen oder ihnen entgegenwirken.

Die Rehabilitation kann Bestandteil einer am langfristigen Erfolg orientierten umfassenden Versorgung von Patienten mit COPD sein.

Die Notwendigkeit einer Rehabilitationsleistung ist gemäß Kapitel 1.6.4 im Einzelfall zu prüfen.

1.5.5 Operative Verfahren

Lungenfunktionsverbessernde Verfahren sind in geeigneten Fällen (insbesondere bei Patienten mit großen Bullae bzw. schwerem oberfeldbetontem Emphysem) zu erwägen²⁴.

1.5.6 Psychische, psychosomatische und psychosoziale Betreuung

Auf Grund des komplexen Zusammenwirkens von somatischen, psychischen und sozialen Faktoren bei Patienten mit COPD ist durch den Arzt zu prüfen, inwieweit Patienten von psychotherapeutischen (z.B. verhaltenstherapeutischen) und/oder psychiatrischen Behandlungen profitieren können. Bei psychischen Beeinträchtigungen mit Krankheitswert sollte die Behandlung durch qualifizierte Leistungserbringer erfolgen.

1.5.7 Medikamentöse Maßnahmen

Zur medikamentösen Therapie ist mit dem Patienten ein individueller Therapieplan zu erstellen und Maßnahmen zum Selbstmanagement zu erarbeiten (siehe auch strukturierte Schulungsprogramme (4.)).

Vorrangig sollen unter Berücksichtigung der Kontraindikationen und der Patientenpräferenzen Medikamente verwendet werden, deren positiver Effekt und Sicherheit im Hinblick auf die unter 1.3 genannten Therapieziele in prospektiven randomisierten kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Dabei sollen vorrangig diejenigen Wirkstoffe / Wirkstoffgruppen oder Kombinationen bevorzugt werden, die diesbezüglich den größten Nutzen erbringen.

Da das Ansprechen auf Medikamente individuell und im Zeitverlauf unterschiedlich sein kann (z.B. Theophyllin, inhalative und orale Glukokortikosteroide), ist ggf. ein Auslassversuch unter Kontrolle der Symptomatik und der Lungenfunktion zu erwägen.

Sofern im Rahmen der individuellen Therapieplanung andere Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe als die in dieser Anlage genannten verordnet werden sollen, ist der Patient darüber zu informieren, ob für diese Wirkstoffgruppen oder Wirkstoffe Wirksamkeitsbelege bzgl. der unter 1.3 genannten Therapieziele vorliegen.

Ziel der medikamentösen Therapie ist es insbesondere, die Symptomatik (vor allem Husten, Schleimretention und Luftnot) zu verbessern und Exazerbationen zeitnah zu behandeln sowie deren Rate zu reduzieren.

In der medikamentösen Behandlung der COPD werden Bedarfstherapeutika (Medikamente, die bei Bedarf, z.B. bei zu erwartenden körperlichen Belastungssituationen oder zur Behandlung von Dyspnoe eingenommen werden) und Dauertherapeutika (Medikamente, die als Basistherapie regelmäßig eingenommen werden) unterschieden.

Vorrangig sollten folgende Wirkstoffgruppen bzw. Wirkstoffe verwendet werden:

Bedarfstherapie:

- kurzwirksame Beta-2-Mimetika (Fenoterol, Salbutamol, Terbutalin)
- kurzwirksame Anticholinergika (Ipratropiumbromid, Oxitropiumbromid)
- Kombination von kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetika und Anticholinergika.

In begründeten Fällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit rascher Wirkstofffreisetzung);

bei Schleimretention können erwogen werden:

- Inhalation von Salzlösungen
- mukoaktive Substanzen.

Falls erforderlich zur Dauertherapie:

- langwirksames Anticholinergikum (Tiotropiumbromid)
- langwirksame Beta-2-Sympathomimetika (Formoterol, Salmeterol);

In begründeten Einzelfällen:

- Theophyllin (Darreichungsform mit verzögerter Wirkstofffreisetzung)
- inhalative Glukokortikosteroide^{25,26} (bei mittelschwerer und schwerer COPD, insbesondere, wenn außerdem Zeichen eines Asthma bronchiale bestehen)
- systemische Glukokortikosteroide.

Bei gehäuft auftretenden Exazerbationen können erwogen werden:

- mukoaktive Substanzen (Acetylcystein, Ambroxol, Carbocistein).

Nach einer initialen Einweisung in die Inhalationstechnik sollte diese in jedem Dokumentationszeitraum mindestens einmal überprüft werden.

1.5.7.1 Schutzimpfungen

Es ist zu prüfen, ob Patienten mit COPD aufgrund von Begleiterkrankungen oder sonstigen Risiken von einer Schutzimpfung gegen Influenza und/oder Pneumokokken profitieren können^{27, 28}.

COPD ist per se - ohne Berücksichtigung des Alters - keine Indikation für eine Schutzimpfung gegen Influenza⁹. Insbesondere bei älteren Patienten, die eine Influenzaimpfung früher gut vertragen haben, sollte eine Schutzimpfung zur allgemeinen Risikoreduktion erwogen werden^{29,30,31}.

1.5.7.2 Atemwegsinfekte

Infekte führen häufig zu akuten Verschlechterungen der Erkrankung. In diesen Fällen ist primär eine Intensivierung der Bedarfstherapie, insbesondere auch durch kurzfristige Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden, erforderlich. Bei Hinweisen auf bakterielle Infekte (z.B. grün-gelbes Sputum) sollte frühzeitig die Durchführung einer Antibiotikabehandlung erwogen werden³².

1.6 Kooperation der Versorgungssektoren

Die Betreuung des COPD-Patienten erfordert die Zusammenarbeit aller Sektoren (ambulant und stationär) und Einrichtungen. Eine qualifizierte Behandlung muss über die gesamte Versorgungskette gewährleistet sein.

1.6.1 Koordinierender Arzt

Die Langzeit-Betreuung des Patienten und deren Dokumentation im Rahmen des strukturierten Behandlungsprogramms erfolgt grundsätzlich durch den Hausarzt im Rahmen seiner im § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit COPD einen zugelassenen oder ermächtigten qualifizierten Facharzt oder eine qualifizierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen im strukturierten Behandlungsprogramm wählen. Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder von dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.6.2 sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten, wenn ihre besondere Qualifikation für eine Behandlung der Patienten aus den dort genannten Überweisungsanlässen nicht ausreicht.

Bei Patienten, die sich in kontinuierlicher Betreuung des Facharztes/der Einrichtung befinden, hat dieser/diese bei einer Stabilisierung des Zustandes zu prüfen, ob eine Rücküberweisung an den Hausarzt möglich ist.

1.6.2 Überweisung vom koordinierenden Arzt zum/zur jeweils qualifizierten Facharzt / Einrichtung

Der Arzt hat zu prüfen, ob insbesondere bei folgenden Indikationen/Anlässen eine Überweisung/Weiterleitung zur Mitbehandlung und/oder zur erweiterten Diagnostik von Patienten zum jeweils qualifizierten Facharzt oder zur qualifizierten Einrichtung erfolgen soll:

- bei unzureichendem Therapieerfolg trotz intensivierter Behandlung
- wenn eine Dauertherapie mit oralen Steroiden erforderlich wird
- vorausgegangene Notfallbehandlung
- Begleiterkrankungen (z.B. schweres Asthma bronchiale, symptomatische Herzinsuffizienz, zusätzliche chronische Lungenerkrankungen)
- Verdacht auf respiratorische Insuffizienz (z.B. zur Prüfung der Indikation zur Langzeitsauerstofftherapie bzw intermittierenden häuslichen Beatmung)
- Verdacht auf berufsbedingte COPD.

Im übrigen entscheidet der behandelnde Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Überweisung.

1.6.3 Einweisung in ein Krankenhaus

Indikationen zur stationären Behandlung bestehen insbesondere für Patienten unter folgenden Bedingungen:

- Verdacht auf lebensbedrohliche Exazerbation
- schwere, trotz initialer Behandlung persistierende oder progrediente Verschlechterung
- Verdacht auf schwere pulmonale Infektionen
- Einstellung auf intermittierende häusliche Beatmung.

Darüber hinaus ist eine stationäre Behandlung zu erwägen insbesondere:

- bei auffälliger Verschlechterung oder Neuauftreten von Komplikationen und Folgeerkrankungen (z.B. bei schwerer Herzinsuffizienz, pathologischer Fraktur).

Im übrigen entscheidet der Arzt nach pflichtgemäßem Ermessen über eine Einweisung.

1.6.4 Veranlassung einer Rehabilitationsleistung

Eine Rehabilitationsleistung ist insbesondere zu erwägen bei ausgeprägten Formen der COPD mit relevanten Krankheitsfolgen trotz adäquater medizinischer Betreuung, insbesondere bei Ausschöpfung der Therapie bei schwierigen und instabilen Verläufen mit schwerer bronchialer Obstruktion, ausgeprägter bronchialer Hyperreagibilität, psychosozialer Belastung und/oder bei schweren medikamentös bedingten Folgekomplikationen^{33,34}.

2 Qualitätssichernde Maßnahmen (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 2 des fünften Buches Sozialgesetzbuch)

Die Ausführungen zu Ziffer 2 der Anlage 1 gelten entsprechend.

Ziel ist es, eine gemeinsame Qualitätssicherung im Rahmen integrierter Versorgungsprogramme speziell für strukturierte Behandlungsprogramme aufzubauen, um zu einer sektorenübergreifenden Qualitätssicherung zu kommen. Die insoweit Zuständigen sind gleichberechtigt zu beteiligen. Bis zur Einführung einer sektorübergreifenden Qualitätssicherung gelten die getrennten Zuständigkeiten auch für die strukturierten Behandlungsprogramme.

3 Teilnahmevoraussetzungen und Dauer der Teilnahme der Versicherten (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 3 SGB V)

Der behandelnde Arzt soll prüfen, ob die Diagnose der COPD gesichert ist und ob der Patient im Hinblick auf die unter Ziffer 1.3.1 genannten Therapieziele von der Einschreibung profitieren und aktiv an der Umsetzung mitwirken kann.

3.1 Allgemeine Teilnahmevoraussetzungen

Die Ausführungen zu Ziffer 3.1 der Anlage 5 (7. RSAV) gelten entsprechend.

3.2 Spezielle Teilnahmevoraussetzungen

Für eine Diagnosestellung im Hinblick auf die Einschreibung ist das Vorliegen einer COPD-typischen Anamnese, Nachweis einer Reduktion von FEV₁ unter 80% des Sollwertes und mindestens eines der folgenden Kriterien erforderlich:

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70%

und

Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % **und/oder** um weniger als 200 ml 10 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Beta-2-Sympathomimetikums oder 30 Minuten nach Inhalation eines kurzwirksamen Anticholinergikums (Bronchodilatator-Reversibilitäts-testung).

- Nachweis der Obstruktion bei FEV₁/VC kleiner/gleich 70%

und

Zunahme der FEV₁ um weniger als 15 % **und/oder** um weniger als 200 ml nach mindestens 14-tägiger Gabe von systemischen Glukokortikosteroiden oder mindestens 28-tägiger Gabe eines inhalativen Glukokortikosteroids in einer stabilen Krankheitsphase (Glukokortikosteroid-Reversibilitätstestung);

- Nachweis einer Atemwegswiderstandserhöhung oder einer Lungenüberblähung oder einer Gasaustauschstörung bei Patienten mit FEV₁/VC größer 70% und einer radiologischen Untersuchung der Thoraxorgane, die eine andere die Symptomatik erklärende Krankheit ausgeschlossen hat.

Versicherte unter 18 Jahren können nicht in das DMP Teil II COPD eingeschrieben werden.

Eine gleichzeitige Einschreibung in das DMP Teil I (Asthma bronchiale) und das DMP Teil II (COPD) ist nicht möglich.

4 Schulungen (§ 137f Abs. 2 Satz 2 Nr. 4 SGB V)

Die Krankenkasse informiert Versicherte und Leistungserbringer über Ziele und Inhalte der strukturierten Behandlungsprogramme. Hierbei sind auch die vertraglich vereinbarten Versorgungsziele, Kooperations- und Überweisungsregeln, die zugrundegelegten Versorgungsaufträge und die geltenden Therapieempfehlungen transparent darzustellen. Die Krankenkasse kann diese Aufgabe an Dritte übertragen.

4.1 Schulungen der Leistungserbringer

Schulungen der Leistungserbringer dienen der Erreichung der vertraglich vereinbarten Versorgungsziele. Die Inhalte der Schulungen zielen auf die vereinbarten Management-Komponenten insbesondere bezüglich der sektorenübergreifenden Zusammenarbeit ab. Die Vertragspartner definieren Anforderungen an die für die strukturierten Behandlungsprogramme relevante regelmäßige Fortbildung teilnehmender Leistungserbringer. Sie können die dauerhafte Mitwirkung der Leistungserbringer von entsprechenden Teilnahmenachweisen abhängig machen.

4.2 Schulungen der Versicherten

Jeder Patient mit COPD soll Zugang zu einem strukturierten, evaluierten, zielgruppenspezifischen und publizierten Schulungs- und Behandlungsprogramm erhalten.

Patientenschulungen dienen der Befähigung des Versicherten zur besseren Bewältigung des Krankheitsverlaufs und zur Befähigung zu informierten Patientenentscheidungen. Hierbei ist der Bezug zu den hinterlegten strukturierten medizinischen Inhalten der Programme nach § 137 f Abs. 2 Nr. 1 herzustellen. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist zu berücksichtigen.

Bei Antragstellung müssen die Schulungsprogramme, die angewandt werden sollen, gegenüber dem Bundesversicherungsamt benannt, die Erfüllung der Umsetzung der unter Ziffer 1.3 genannten Therapieziele belegt werden. Schu-

lungs- und Behandlungsprogramme müssen die individuellen Behandlungspläne berücksichtigen. Die Qualifikation der Leistungserbringer ist sicherzustellen.

5 Dokumentation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 5 SGB V)

Siehe separate Anlage.

6 Evaluation (§ 137 f Abs. 2 Satz 2 Nr. 6 SGB V)

Die Ausführungen zu Ziffer 5 der Anlage 1 (4. RSAV) gelten entsprechend.

Die Empfehlungen basieren auf folgenden internationalen und nationalen Leitlinien bzw. Studien:

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD): Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of chronic obstructive pulmonary disease. Updated 2003. National Institutes of Health. National Heart, Lung, and Blood Institute.

Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-Werninghaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD). Pneumologie; 11, 2002

Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. Chest 1997 112(5) 1363-1396.

Als Arbeitsmaterialien standen folgende weitere Unterlagen zur Verfügung:

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (Hrsg.): Curriculum strukturierte medizinische Versorgung. 1. Auflage 2003. Texte und Materialien der Bundesärztekammer zur Fortbildung und Weiterbildung, Band 24, 2003. (ISSN: 0945-1951) .

Arbeitsgruppe „Praktische Evidenz-basierte Medizin“, St. Franziskus Hospital Köln: Entscheidungsgrundlage zur evidenzbasierten Diagnostik und Therapie für COPD. (2001).

<http://212.227.33.34/bundesverband/politik/disease.html> (Zugriff am 23.1.2003).

Quellenverzeichnis:

- ¹ Landbo C, Prescott E, Lange P, Vestbo J, Almdal TP: Prognostic value of nutritional status in chronic pulmonary disease. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 160: 1856-1861
- ² Schols AMWJ, Soeters PB, Mostert R, Pluymers RJ, Wouters EFM: Physiological effects of nutritional support and anabolic steroids in COPD patients: a placebo controlled randomised trial. *Am J Respir Crit Care Med* 1995; 152: 1268-1274
- ³ Wouters EFM, Schols AMWJ: Nutritional support in chronic respiratory diseases. In: Donner CF, Decramer M (Ed): *Pulmonary Rehabilitation 2000*; 5: Monograph 13: 111-131
- ⁴ Whitlock EP, Orleans CT, Pender N, Allan J.: Evaluating primary care behavioral counseling interventions: an evidence-based approach. *Am J Prev Med* 2002; 22(4): 267-284
- ⁵ West R, McNeill A, Raw M.: Smoking cessation guidelines for health professionals: an update. *Thorax* 2000; 55(12): 987-999
- ⁶ Silagy, C., Stead, LF: Physician advice for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 2: CD 000165
- ⁷ van der Meer RM, Wagena EJ, Ostelo RWJG, Jacobs JE, van Schayck CP. Smoking cessation for chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 2 2003*. Oxford: Update Software.
- ⁸ Griffiths et al. Results at one-year of out-patient multidisciplinary pulmonary rehabilitation. *Lancet* 2000, 355: 362-368
- ⁹ Garcia-Aymerich J, Farrero E, Felez MA, Izquierdo J, Marrades RM, Anto JM. Risk factors of readmission to hospital for a COPD exacerbation: a prospective study. *Thorax* 2003; 58(2): 100-105.
- ¹⁰ Pulmonary Rehabilitation Joint ACCP/AACVPR Evidence-Based Guidelines. *Chest* 1997; 112(5): 1363-1396

-
- ¹¹ Cegla UH, Jost JH, Harten A, Weber T.: RC-Cornet(R) improves the bronchodilating effect of Ipratropiumbromide (Atrovent(R)) inhalation in COPD-patients [Article in German]: *Pneumologie* 2001; 55(10): 465-469
- ¹² Cegla UH, Bautz M, Frode G, Werner T.: [Physical therapy in patients with COPD and tracheobronchial instability--comparison of 2 oscillating PEP systems (RC-Cornet, VRP1 Desitin). Results of a randomized prospective study of 90 patients [Article in German]: *Pneumologie* 1997;51(2): 129-136
- ¹³ Bellone A, Spagnolatti L, Massobrio M, Bellei E, Vinciguerra R, Barbieri A, Iori E, Bendinelli S, Nava S.: Short-term effects of expiration under positive pressure in patients with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease and mild acidosis requiring non-invasive positive pressure ventilation. *Intensive Care Med* 2002; 28(5): 581-585
- ¹⁴ Wijkstra PJ, Ten Vergert EM, van Altena R, Otten V, Kraan J, Postma DS, Koeter GH.: Long term benefits of rehabilitation at home on quality of life and exercise tolerance in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thorax* 1995; 50: 824-828
- ¹⁵ Minoguchi H, Shibuya M, Miyagawa T, Kokubu F, Yamada M, Tanaka H, Altose MD, Adachi M, Homma I.: Cross-over comparison between respiratory muscle stretch gymnastics and inspiratory muscle training. *Intern Med* 2002; 41(10): 805-812.
- ¹⁶ Steier J, Petro W: Physikalische Therapie bei COPD – Evidence based Medicine? *Pneumologie* 2002; 56: 388-396
- ¹⁷ Lacasse Y, Guyatt GH, Goldstein RS.: The components of a respiratory rehabilitation program: a systematic overview. *Chest* 1997; 111: 1077-1088.
- ¹⁸ Lacasse, Y., L. Brosseau, S. Milne et al.; Pulmonary rehabilitation for chronic obstructive pulmonary disease; *The Cochrane Library Issue 1*, Oxford 2003
- ¹⁹ Devine EC, Percy J.: Meta-analysis of the effects of psychoeducational care in adults with chronic obstructive pulmonary disease. *Patient Educ Couns* 1996; 29: 167-178.

-
- 20 Donner CF, Muir JF. Rehabilitation and Chronic Care Scientific Group of the European Respiratory Society. Selection criteria and programmes for pulmonary rehabilitation in COPD patients. *Eur Respir J* 1997 ; 10: 744-757
- 21 ATS Official Statement: Pulmonary Rehabilitation – 1999. *Am J Respir Crit Care Med* 1999; 159: 1666-1682
- 22 Fishman AP: Pulmonary rehabilitation research. *Am J Respir Crit Care Med* 1994; 149: 825-833
- 23 Bergmann KC, Fischer J, Schmitz M, Petermann F, Petro W. (Statement der Sektion Pneumologische Prävention und Rehabilitation). Die stationäre pneumologische Rehabilitation für Erwachsene: Zielsetzung - diagnostische und therapeutische Standards - Forschungsbedarf. *Pneumologie* 1997; 51: 523-532.
- 24 Worth, H.; Buhl, R.; Cegla, U.; Criée, C. P.; Gillissen, A.; Kardos, P.; Köhler, D.; Magnussen, H.; Meister, R.; Nowak, D.; Petro, W.; Rabe, K. F.; Schultze-Werninghaus, G.; Sitter, H.; Teschler, H.; Welte, T.; Wettengel, R.: Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga und der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) *Pneumologie* 2002; 11
- 25 Calverley P, Pauweis R, Vestbo J et.al. Combine salmeterol and fluticasone in the treatment of chronic obstructive pulmonary disease: a randomised controlled trial. *Lancet* 2003; 561: 449-456
- 26 Szafranski W, Cukler A, Ramirez G, et al. Efficacy and safety of budesonide/formoterol in the management of chronic obstructive pulmonary disease. *Eur Respir J* 2003; 21: 74-81
- 27 Christenson B, Lundbergh P, Hedlund J et al.: Effects of a large-scale intervention with influenza and 23-valent pneumococcal vaccines in adults aged 65 years or older: a prospective study. *Lancet* 2001; 357: 1008-1011
- 28 Schaberg T: Pneumokokkenschutzimpfung. *Pneumologie* 2001; 55: 543-545

-
- ²⁹ Poole PJ, Chacko E, Wood-Baker RWB, Cates CJ. Influenza vaccine for patients with chronic obstructive pulmonary disease (Cochrane Review). In: the Cochrane Library, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
- ³⁰ Hak E, van Essen GA, Buskens E, et al. Is immunising all patients with chronic lung disease in the community against influenza cost effective? Evidence from a general practice based clinical prospective cohort study in Utrecht, the Netherlands. *J Epidemiol Community Health* 1998 (52): 120-125
- ³¹ Nichol KL, Baken L; Nelson A. Relation between Influenza Vaccination and Outpatient Visits, Hospitalization, and Mortality in Elderly Persons with Chronic Lung Disease. *Ann Inter Med* 1999; 130: 397-403
- ³² Stockley RA, O'Brien C, Pye A et al. Relationship of sputum colour to nature and outpatient management of acute exacerbations of COPD. *Chest* 2000; 117: 1638-1645
- ³³ Griffith TL, Phillips CJ, Davies S et al: Cost effectiveness of an outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation programme. *Thorax* 2001; 56: 779-784
- ³⁴ Griffith TL, Burr ML, Campbell IA et al: Results at 1 year of outpatient multidisciplinary pulmonary rehabilitation: a randomised controlled trial. *Lancet* 2000; 355: 362-368